

LA DOULEUR THORACIQUE

UN PATIENT SE PRESENTE ET SE PLAINT D'UNE DOULEUR THORACIQUE

t=0

NIVEAU 1 = *Réanimation*

Détresse vitale

= Evaluation Médicale Immédiate

NIVEAU 2 = *Très Urgent*

Douleur thoracique non traumatique

Evaluation Médicale < 15'

t=3'

NIVEAU 3 = *Urgent*

Douleur thoracique répétée ou influencée
par les mouvements ou la position

Evaluation Médicale < 30'

En pratique :

Toute allégation de douleur thoracique doit

***1- faire l'objet de consignes simples, claires
=AVIS MEDICAL DANS UN DELAI <5'***

T<5'

***2- faire prendre immédiatement les
constantes vitales***

3- faire pratiquer un ECG,

T<5'

AVIS MEDICAL

INTERROGATOIRE
+
EXAMEN CLINIQUE
(*en même temps*)

LA DOULEUR

LE PATIENT

L'EXAMEN

t=

5'

à

10'

LA DOULEUR

Pour rappel :

Conditions de survenue

Siège, irradiations, intensité, durée, répétition

Caractéristiques

Signes d'accompagnement

Mode évolutif

Facteurs antalgiques

Test à la Trinitrine

LE PATIENT

Age

♂ > 33 ans

♀ > 40 ans

Antécédents

Coeur (coronaires, Cardiopathie ischémique, HTA, suivi cardiologique, trt en cours...)

Diabète, dyslipidémie, tabagisme, poids, cocaïne

Phlébite, AVC

Trauma thoracique

Facteurs de risques ++++

Facteurs de risques coronariens

Antcd familiaux de coronaropathie
Age
Diabète sucré
HTA
Tabagisme
Hypertrophie Ventriculaire Gauche
Hypercholestérolémie
Cocaïne

Facteurs de risques d'Embolie Pulmonaire

Immobilisation prolongée
Chirurgie >30' dans les 3 derniers mois
Antécédents de TVP ou EP
Cancer
Grossesse (actuelle ou récente)
Antcd de traumatisme du bassin ou des Mbes Inf
Contraception orale + tabac
Insuffisance cardiaque congestive
BPCO
Obésité
Antcd de trouble de la coagulation

Facteurs de risques péricardiques

Infection récente
Maladie de système
IDM récent, ou chirurgie cardiaque
Cancer
Radiothérapie
Insuffisance Rénale
Médicaments
Antcd d'atteinte péricardique

Facteurs de risques aortiques

HTA
Maladie congénitale (aorte descendante ou valve Ao)
Maladie Inflammatoire aortique
Maladie de système
Grossesse
Athérosclérose
Tabagisme

Signes associés

Syncope, Malaise

Dyspnée

Signes Broncho-Pulmonaires

Palpitations

Signes digestifs

Signes de Phlébite

EXAMEN

Pour mémoire

Pouls, TA (2 membres), **T°**, **FR**, **SpO₂**

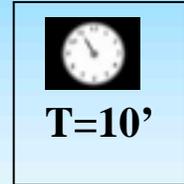
Coeur : Auscultation (souffle, frottement)

Turgescence Jugulaire

Poumons : inspection, palpation,
auscultation

Vaisseaux : Pouls (Tous), signes veineux

Et aussi le reste : Abdomen, Neuro...



L'ECG

ST Sus Décalé



Persistant

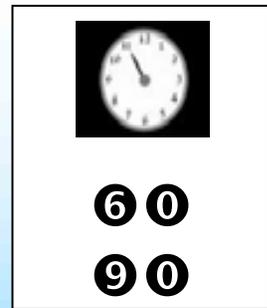


Mise en Oeuvre

Trt initial



Orientation

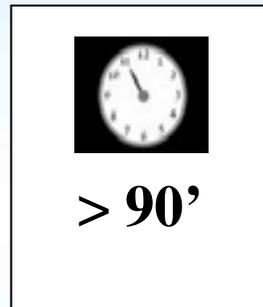


Importance du temps écoulé:

toute minute perdue est du myocarde perdu

ST non Sus Décalé

Complémentaires ?



Examens



Mise en Oeuvre

Trt initial



Orientation

Autres anomalies ?

Importance du temps écoulé:

toute minute perdue est du myocarde perdu

CAUSES ORGANIQUES MAJEURES

SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

Clinique +++

ECG +++

= Orientation diagnostique

+

Antcd

+

Facteurs de risques



Facteurs de risques coronariens

Antécédents familiaux
de coronaropathie

Age

Diabète sucré

HTA

Tabagisme

Hypertrophie Ventriculaire Gauche

Hypercholestérolémie

Cocaïne

SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

ECG 12 +3+2 dérivations

Élévation persistante de ST

= Sus décalage de ST dans au moins 2 dérivations

>0.2 mV précordiales

>01 mV périphériques



ST sans sus décalage persistant

Sus décalage transitoire

Sous décalage

Anomalies isolées de l'onde T

ECG normal

SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

Score de gravité après ECG

ST+

= Score de risque TIMI

Antécédents

Age	>75	3
	65-74	2
Diabète, HTA, Angor		1

Examen

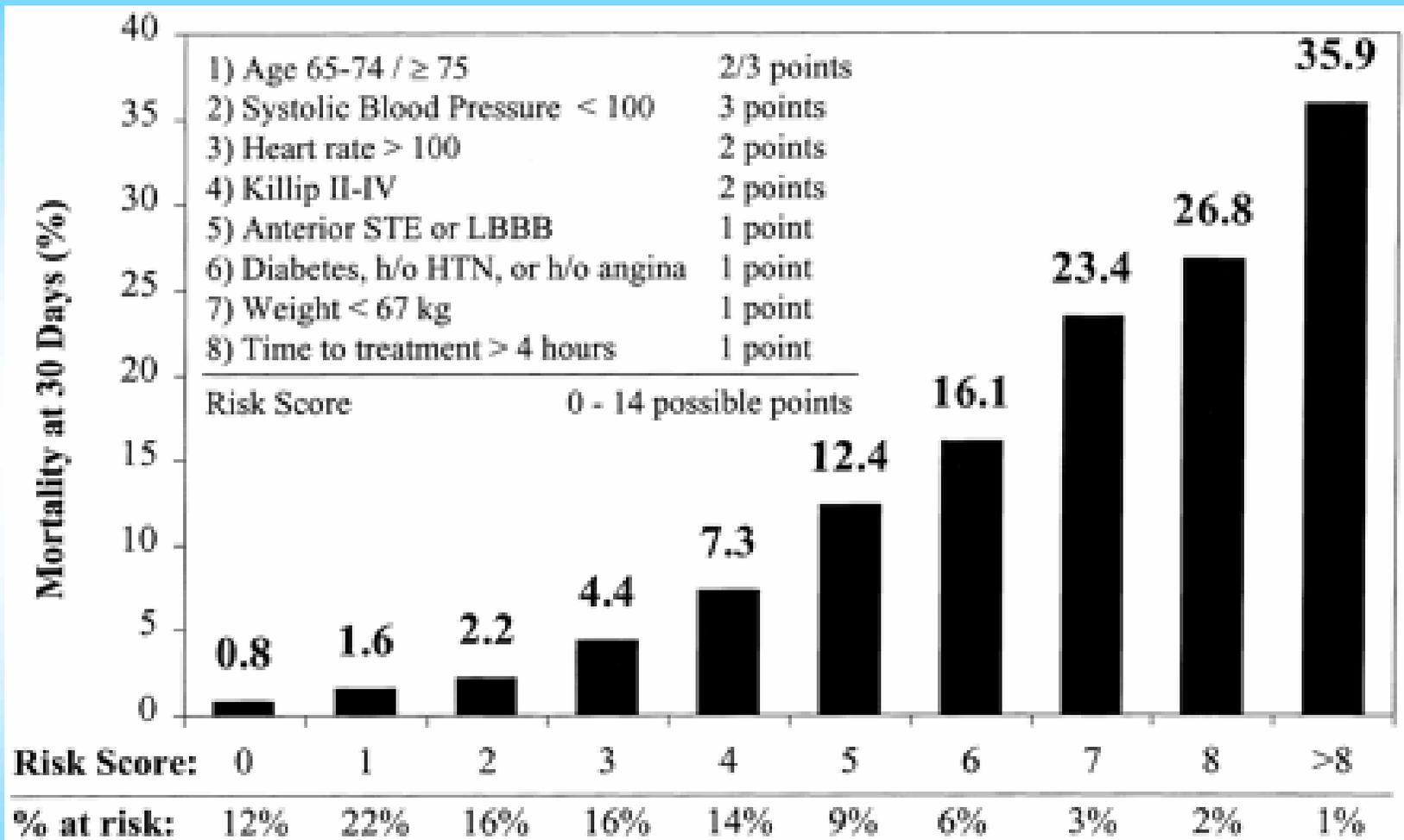
PAS>100 mm Hg	3
FC>100/mn	2
Killip II-IV	2
Poids<67 kg	1

Présentation

ST+ Antérieur ou BBG	1
Délai reperf>4h	1

SCORE TOTAL MAXIMAL

14



Score de gravité après ECG et Biologie ST –

SCORE TIME Simplifié

Age < 65 ans	1
Prise récente d'Aspirine	1
Sténose coronaire connue > 50%	1
Élévation des marqueurs d'ischémie	1
≥ 3 facteurs de risques*	1
≥ 2 épisodes douloureux en < 24h	1
Sous-décalage ST > 0.5 mm	1
SCORE TOTAL MAXIMAL	7

* antcd familiaux, HTA, Diabète, Hypercholestérolémie, Tabagisme actif

DISSECTION AORTIQUE

Clinique

Facteurs de risques ++

Douleur Thoracique

++ évocatrice :

Facteurs de risques aortiques

HTA

Maladie congénitale (aorte descendante ou valve Ao)

Maladie Inflammatoire aortique

Maladie de système

Grossesse

Athérosclérose

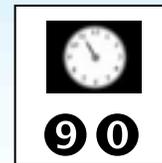
Tabagisme

MESURES IMMEDIATES

Calmer la douleur

Contrôler la TA à un niveau acceptable

Orienter en milieu spécialisé



Attention aux dissections avec atteinte coronaire ostiale et modifications à l'ECG (ST+) : piège classique !!

Caractère +++ de la douleur

Pas de thrombolyse.....



EMBOLIE PULMONAIRE

Clinique :

Facteurs de risques +++

Douleur Thoracique latéralisée
(mais parfois médiane),

+ Dyspnée (+ou- expliquée,
parfois isolée)

+ Tachycardie sans fièvre

+ \searrow SpO₂

Avec ou sans

défaillance hémodynamique

Facteurs de risques d'Embolie Pulmonaire

Immobilisation prolongée

Chirurgie >30' dans les 3 derniers mois

Antécédents de TVP ou EP

Cancer

Grossesse (actuelle ou récente)

Antcd de traumatisme du bassin ou des Mbes Inf

Contraception orale + tabac

Insuffisance cardiaque congestive

BPCO

Obésité

Antcd de trouble de la coagulation

PERICARDITE

CLINIQUE ++

Douleur modifiée par la respiration et les changements de position (anteflexion)

Durée

Contexte fébrile

Possible présence d'un frottement péricardique

Signes d'IC droite, Jugulaires

Facteurs de risques péricardiques

Infection récente

Maladie de système

IDM récent, ou chirurgie cardiaque

Cancer

Radiothérapie

Insuffisance Rénale

Médicaments

Antcd d'atteinte péricardique

ATTEINTES PLEURALES

CLINIQUE

Douleur latéralisée, parfois
irradiante vers l'épaule
Modifiée par les mouvements
respiratoires

D'apparition brutale
(spontanée ou effort)

Dyspnée associée

Examen clinique:

morphotype
matité ou tympanisme

Facteurs de risques de PNO

Antcd de PNO

Valsalva ou équivalent

Pathologie respiratoire (BPCO,
Cancer,

Infection, Maladie de système)

Affection génétique

Tabagisme

AUTRES CAUSES ORGANIQUES

= catalogue de causes d'origine organique, mais ne comportant pas le même potentiel de gravité, ou renvoyant à d'autres chapitres de la Médecine d'urgence (ou pas)

Spasme oesophagien

Douleur thoracique medio-thoracique constrictive pseudo-angineuse, de durée brève, déclenchée par la déglutition, récidivante et trinitro-sensible.

Intrication possible avec un angor est possible, avec inversion des ondes T percritique !!

→ avis cardio au moindre doute

EN PRATIQUE

Paramètres vitaux +++

ECG = examen déterminant

Réalisable sur place?

Si non Réalisable: Appel centre 15

Importance du temps écoulé:

toute minute perdue est du myocarde perdu

IMPORTANCE +++ DE DISPOSER
DE CONSIGNES ECRITES
DECRIVANT LA CAT

LES MESURES A PRENDRE

VIS A VIS DU PATIENT

VIS A VIS DE L'ENGAGEMENT DES
SECOURS ET DE L'EVACUATION

Centre 15 - SAMU

PENDANT L'APPEL AU 15

A la PARM : les données administratives:

Nom et prénom, âge, adresse de l'intervention

Au médecin régulateur :

Sexe et l'âge

Motif d'appel

Signes de gravité

Les gestes effectués

ATCD et traitement

Une douleur Thoracique est toujours trompeuse:
8% des douleurs thoraciques avec ECG normal sont
des Infarctus

DOULEUR THORACIQUE NON ORGANIQUE

= Diagnostic d'élimination

Interrogatoire

Age < 30 ans

Pas de facteurs de risques cardio-vasculaire

Femme non ménopausée

Caractéristiques de la douleur

Chronique, ancienne, et inchangée

Prolongée (xx heures, jours ou +) ou à l'inverse, très fugace

Non insomniente